N° 25.

DE LA CÉPHALOTRIBIE

OU

BROIEMENT, PENDANT LE TRAVAIL, DE LA TÊTE DU FŒTUS MORT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 février 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS-AUGUSTE DEMONT, de Calais;

Licencié ès-lettres et Bachelier ès-sciences; ancien Élève de première classe de l'École Pratique.

PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	Messieurs.
M. ORFILA, Doyen.	
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Président.*
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Suppléant.*
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MES SŒURS.

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE.

L.-A. DEMONT.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MES SŒURS.

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE.

L.-A. DEMONT.

DE

LA CÉPHALOTRIBIE

OU

BROIEMENT, PENDANT LE TRAVAIL, DE LA TÊTE DU FŒTUS MORT.

La *céphalotribie* (κεφαλη, *tête*, τριβη, *broiement*) est le broiement, pendant le travail, de la tête du fœtus mort.

Cette opération se pratique avec un instrument dont l'invention est due à M. *Baudelocque* neveu, et auquel on peut donner le nom de *céphalotribe* (κεφαλη, *tête*, τριβευς, *qui broie*), pour en indiquer l'usage.

Le céphalotribe est une sorte de grand forceps, dont les deux branches se croisent et se reçoivent à peu près comme celles du forceps de *Smellie*. Les cuillers sont pleines, épaisses de trois lignes et larges de seize : offrant une courbure qui correspond à celle du bassin, elles ont une longueur telle, qu'elles peuvent être portées au-dessus du détroit abdominal. La partie postérieure des branches, mesurée de leur point de jonction, a un pouce de plus de longueur que les cuillers; elle a cinq lignes d'épaisseur et sept de largeur; elle est taraudée à son extrémité pour recevoir une vis de la longueur de

cinq pouces, à laquelle tient une manivelle longue de six pouces. Cette vis est façonnée de manière à donner à l'instrument la solidité nécessaire et à le faire agir avec promptitude. En effet, elle est à trois filets, de sorte que le pas de chaque hélice est assez grand, et que la pression sur chaque élément de la vis se trouve réduite au tiers. Eu égard à la longueur de la manivelle qui mène la vis, aux pas de celle-ci, et aux distances qui séparent de l'axe de l'instrument les points d'application de la puissance et de la résistance, on trouve que le rapport approximatif de la première à la seconde est :: 1 : 165.

Mode d'action du céphalotribe. Cet instrument comprime la tête du fœtus avec une telle force, que la voûte et la base du crâne à la fois sont affaissées et aplaties en un instant. La matière cérébrale, pressée, s'écoule soit par les orbites, soit par l'ouverture des narines et par la bouche. Le cuir chevelu résiste presque constamment à l'action de l'instrument, et les os qui constituent la base du crâne chevauchent les uns sur les autres, sans former aucune esquille. La tête, ainsi comprimée, se trouve réduite à une épaisseur de deux lignes au plus.

Procédé opératoire. La femme en travail est placée comme si on voulait pratiquer la perforation du crâne ; des aides la maintiennent dans cette position. Les cuillers de l'instrument sont chauffées et enduites d'un corps gras à leur surface externe ; la vis et la rondelle qui la termine sont également graissées. Alors on porte, suivant les règles ordinaires, la main droite dans les parties génitales de la femme, et on la fait pénétrer entre l'orifice utérin et la tête du fœtus, ayant soin d'étendre cette main le long du diamètre occipito-mentonnier. Ensuite, prenant de la main gauche la branche gauche de l'instrument, on en fait glisser l'extrémité sur la paume de la main droite, on l'introduit lentement, et on la couche sur la tête dans le sens du diamètre occipito-mentonnier. Lorsque cette branche est bien placée, ce qu'on reconnaît à la distance qui existe entre les parties externes de la femme

et l'axe de l'instrument, à la direction de cette même branche, qui doit être oblique de haut en bas, d'avant en arrière et un peu de droite à gauche, on en donne l'extrémité libre à tenir à un aide placé au côté droit de la femme. Alors, de la main droite, on introduit avec les mêmes précautions la seconde branche le long de la paume de la main gauche passée entre l'orifice utérin et la tête. Les branches sont unies l'une à l'autre, et confiées au même aide, qui, de la main gauche en supination, les soutient près de leur articulation, tandis que de la droite, placée en pronation, il en rapproche les extrémités l'une de l'autre. Ensuite l'opérateur, tenant de la main gauche le manche placé au bout de la branche droite, prend avec les trois premiers doigts de l'autre main la vis à l'endroit où elle s'unit à la manivelle, la passe dans les trous qui traversent les branches, tourne fort lentement la manivelle, jusqu'à ce que la vis soit arrivée à la fin de sa course en rapprochant les deux branches l'une de l'autre, et qu'en même temps le broiement de la tête ait été opéré par le rapprochement des cuillers. Enfin il fait l'extraction du fœtus, comme s'il agissait avec le forceps.

Cas où la céphalotribie est indiquée. On aura recours à la céphalotribie, toutes les fois que, la tête du fœtus mort restant au-dessus du détroit abdominal, et l'application du forceps ayant été inutilement employée, on aura lieu de craindre que, si l'on abandonne trop longtemps l'accouchement à la nature, il n'en résulte une rupture des organes génitaux. Cette impossibilité de l'accouchement peut être occasionnée par une des causes suivantes :

1°. La plus fréquente est le défaut de rapport de dimensions entre le bassin de la mère et la tête du fœtus. Cette disproportion peut être à un degré tel, que tous les diamètres du crâne de celui-ci surpassent en longueur ceux du détroit, qu'il ne peut franchir. Cela arrive le plus souvent, parce que les dimensions du bassin sont moindres que dans l'état ordinaire; quelquefois, parce que celles de la

tête du fœtus sont beaucoup plus grandes que celles du canal osseux qu'elle doit traverser. Il n'est pas sans exemple que l'un et l'autre défaut se soient rencontrés à la fois. Les variétés de petitesse ou de déformation pelvienne dans lesquelles la céphalotribie sera indiquée et sera possible, sont depuis trois pouces jusqu'à dix-neuf lignes, autant qu'on peut établir une règle générale d'après les observations faites sur l'étendue des bassins des femmes chez qui on a pratiqué la perforation de la base du crâne du fœtus, à l'hôpital de la Maternité de Paris, dans l'espace de seize ans et demi. Mais comme dans cet hôpital, pendant le même espace de temps, treize accouchemens se sont opérés spontanément, malgré une étroitesse pelvienne qui a varié de trois à deux pouces, il suit de là que la déformation ou la petitesse pelvienne peuvent ne pas être un obstacle à l'accouchement naturel; que cette étroitesse du bassin, étant reconnue, ne sera pas une indication de l'application immédiate de la céphalotribie; que l'accoucheur devra, avant d'y recourir, attendre que les différentes circonstances dans lesquelles j'ai dit qu'il faut broyer la tête, se trouvent réunies, et lui démontrent l'impossibilité de l'accouchement et un danger imminent pour la mère, s'il tarde plus long-temps à se faire.

Au reste, lorsque la tête du fœtus se trouve arrêtée par cette cause au-dessus du détroit abdominal, il peut arriver qu'elle se présente la première, ou que le tronc et les extrémités aient été expulsés ou extraits, ou enfin qu'il y ait détroncation. La céphalotribie est applicable dans tous ces cas, si d'ailleurs les circonstances dont j'ai parlé nécessitent cette opération.

2°. La détroncation, lors même qu'elle a été produite par toute autre cause qu'un défaut de proportion entre le bassin de la mère et la tête du fœtus, est une des circonstances où l'accoucheur devra pratiquer le broiement de la tête.

Il est vrai qu'en bien des cas il a suffi que la tête, séparée du tronc, fût déplacée par l'effet des contractions utérines ou par la

main, pour que la femme eût l'avantage d'en être délivrée. Mais combien d'accidens graves n'aurait-on pas à redouter si l'on voulait obtenir ainsi du hasard ou de manœuvres trop prolongées l'expulsion de la tête chez une femme excédée de douleurs et de fatigues, et déjà épuisée par les efforts et les tentatives qui ont précédé la détroncation ! La tête, ainsi détachée du tronc, a beaucoup plus d'obstacles à surmonter, toutes choses étant égales d'ailleurs, que dans les cas ordinaires, parce qu'étant en quelque sorte roulante sur l'entrée du bassin, elle prend une situation différente selon l'espèce de frottement qu'elle éprouve, et bien rarement celle qui serait le plus favorable à sa sortie. Si donc la main et le forceps sont insuffisans, il semble plus convenable de recourir immédiatement à la céphalotribie que d'abandonner la femme à un travail douloureux, souvent fort long, qui peut être à la fois dangereux et inutile. Dans presque tous les cas où l'on a observé la sortie spontanée de la tête, la femme se trouvait épuisée par des efforts violens et répétés, ou affaiblie par une hémorrhagie, ou atteinte d'une inflammation de l'utérus. Si la tête n'était pas expulsée, son séjour dans cet organe occasionnait également une hémorrhagie ou une inflammation mortelle.

3°. Il peut arriver, ce qui est excessivement rare, que la tête se trouve arrêtée au-dessus du détroit abdominal avec le tronc, dont elle a été séparée. En pareille circonstance, l'accoucheur extrairait d'abord le tronc, comme le fit le docteur *Robert Smith*, puis ferait à l'égard de la tête ce qui a été prescrit dans le cas où cette partie est restée seule dans la matrice ; ou, s'il le trouvait plus convenable, après avoir d'abord broyé la tête, il abandonnerait l'expulsion du tronc aux contractions utérines, ou en ferait lui-même l'extraction.

4°. Une tumeur, comme celle qui existait chez la femme Desnos, et qui nécessita l'opération césarienne, et comme celle que décrit *Denman*, et qui ne permit d'amener l'enfant qu'après que la tête eut été vidée, sera encore un cas de céphalotribie, si, fermant l'entrée du

bassin, elle ne peut pas être reportée par l'accoucheur au-dessus du détroit abdominal, ni poussée au-dehors par la matrice. Le broiement de la tête serait encore indiqué, si une exostose volumineuse rétrécissant le canal pelvien, ou une tumeur, comme celle que cite encore *Denman*, située sur le bord de l'orifice utérin, apportait obstacle à l'expulsion du fœtus ; enfin si, un calcul d'un gros volume étant contenu dans la vessie, la tête de l'enfant ne pouvait s'avancer avec le calcul, ou si la pierre ne pouvait être refoulée au-delà de la tête préalablement soulevée.

5°. Dans le cas de monstruosité d'un fœtus qui aurait plus d'une tête, il pourrait être pareillement nécessaire de broyer une des têtes.

OBSERVATIONS DE CÉPHALOTRIBIE.

1re. OBSERVATION.

Le 5 février 1829, au soir, A....., âgée de vingt-un ans, d'une taille de quatre pieds environ, d'une constitution scrophuleuse, ayant le bas de la colonne vertébrale porté en devant, ressentit les douleurs de l'enfantement. A neuf heures, rupture des membranes, écoulement d'une grande quantité d'eau, col utérin peu ouvert. Pendant la nuit, les douleurs devinrent rares. Le 7, au matin, symptômes inflammatoires, douleur aiguë à l'hypochondre droit ; col un peu plus ouvert, mais épais ; évacuation de méconium ; présentation de l'ovale supérieur de la tête au détroit abdominal. (Saignée, bain, lavement émollient, fumigations vers la vulve.) M. *Baudelocque* neveu, demandé, prescrivit de nouveau une saignée et un bain. Il reconnut que le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces huit ou neuf lignes, que la forme du bassin était régulière, que l'orifice utérin avait dix-

huit ou vingt lignes de diamètre, et encore plusieurs lignes d'épaisseur, que le cuir chevelu du fœtus formait une tumeur résistante, et que l'écoulement qui se faisait par la vulve était très-fétide. Le lendemain 8, abdomen tendu, ballonné, sensible; fièvre. (Saignée et bain.) MM. *Desormeaux* et *Paul Dubois* furent appelés en consultation. En ce moment, l'ouverture du col était de deux pouces transversalement; il avait encore quelques lignes d'épaisseur; la tumeur formée par le cuir chevelu était encore résistante; l'un des pariétaux faisait saillie dans le détroit abdominal. Les trois médecins s'accordèrent à penser que le fœtus était mort, à cause de l'évacuation du méconium, de la longueur du travail, et de la compression qu'éprouvait depuis si long-temps le fœtus, et qu'on ne pourrait terminer l'accouchement, si l'application du forceps était inutile, qu'en diminuant avec les instrumens le volume de la tête de l'enfant. Vers le soir, il n'y avait encore aucun changement dans la consistance du col utérin, ni dans le degré de son ouverture : on n'opéra point. Le 9, au matin, les parties molles n'étaient ni plus souples, ni plus dilatables; pendant la journée, le travail reprit, les contractions utérines revinrent fréquemment. Le soir, la femme prit un bain d'une heure et demie. A huit heures, peau chaude, pouls fort, abdomen tendu, mais moins sensible que la veille; col utérin plus souple, plus dilatable, sans être plus ouvert. La péritonite avait été apaisée par le traitement antiphlogistique; mais la métrite existait encore, et les douleurs recommençaient à s'éloigner les unes des autres. Il s'était écoulé soixante-quinze heures depuis le commencement du travail, et soixante-treize depuis la rupture des membranes : l'état de la femme était devenu extrêmement grave. M. *Baudelocque*, sans perdre du temps à essayer le forceps, dont il crut l'application non moins dangereuse qu'inutile, pratiqua la céphalotribie; et la femme eut si peu conscience de cette opération, qu'elle témoigna de l'étonnement de le voir cesser d'agir. Malgré le poids de l'instrument, le périnée n'offrit pas la moindre déchirure après l'accouchement. Le fœtus, qui commençait à se putréfier, pesait six livres. La délivrance se fit naturellement, une heure environ

après l'accouchement. Les symptômes de la métrite continuèrent de se manifester, et les lochies se supprimèrent. La malade fut traitée convenablement, les lochies reparurent le 11, elle entra en convalescence le 16, et fut tout à fait rendue à la santé vers la fin de février.

IIe. OBSERVATION.

Le 18 novembre 1830, M. *Baudelocque* fut appelé, vers trois heures de l'après-midi, auprès de madame M....., demeurant rue Saint-Nicolas, chaussée d'Antin. Elle était en travail depuis dix-neuf heures; l'eau de l'amnios s'était écoulée la veille. Depuis plus de trois heures on faisait des tentatives pour l'accoucher, tant à l'aide du forceps, qu'on avait appliqué plusieurs fois, qu'au moyen de la version, qu'on venait de regarder comme impossible. La mort de l'enfant étant évidente par l'absence des pulsations dans le cordon ombilical, qui était au-dehors, et l'impossibilité de l'accouchement étant reconnue par les médecins qui étaient présens, M. *Baudelocque* broya avec son instrument la tête située en première position au-dessus du détroit abdominal. L'enfant fut extrait en un instant, sans qu'il y eût de déchirure au périnée.

Après l'accouchement, cette femme fut prise d'une métrite suraiguë, qui fut combattue, pendant les trente-six premières heures, par sept larges saignées : quarante-huit heures après, les symptômes étaient amendés. Mais bientôt cette femme présenta les signes de la fièvre typhoïde; il se forma une eschare au sacrum; les lochies prirent une odeur gangréneuse très-prononcée; il y eut écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales. Le sixième jour, une eschare, de la largeur d'une pièce de cinq francs, se détacha du vagin ou de la matrice, et fut trouvée dans les urines; le quinzième jour, il s'en détacha une autre, beaucoup plus large que la première. Vers la fin de la troisième semaine, l'état de cette femme commença à s'améliorer. A cette époque, quelques injections d'une solution de chlorure de chaux dans l'intérieur du vagin et de la matrice firent dispa-

raître en peu de jours l'odeur gangréneuse des lochies. La membrane muqueuse du vagin, qui était livide, devint d'une couleur rosée, et la fièvre disparut. La convalescence, qui commença vers le trentième jour après l'accouchement, n'a présenté rien de remarquable, si ce n'est une extrême faiblesse. Mais quelques mois après, cette femme avait repris de l'embonpoint, et ses règles reparurent pour la première fois six mois après l'accouchement. Le bassin de madame M.... était régulier, mais de deux pouces trois quarts environ; l'enfant pesait huit livres et demie. Elle était accouchée une première fois d'une fille qui a aujourd'hui dix-huit ans; mais alors cette dame avait un mari beaucoup plus âgé qu'elle; en outre, sa fille, en venant au monde, était d'un poids au-dessous de l'ordinaire; cette enfant ne fut extraite qu'après un travail très-long, et à l'aide du forceps: de sorte que son accoucheur l'avait engagée à ne plus faire d'enfans. Cependant, devenue veuve, elle prit un second mari, robuste et plus jeune qu'elle, et devint enceinte: son enfant fut très-gros relativement au bassin, dont on sent avec beaucoup de facilité la saillie sacro-vertébrale.

III^e^. OBSERVATION.

La femme V.... , âgée de trente ans, était entrée dans un des hôpitaux de Paris, pour y être traitée d'une entérite assez grave: elle était enceinte de huit mois. Le 16 mai 1831, vers dix heures du soir, M. *Baudelocque* fut appelé pour assister cette femme. Avant son arrivée, on avait appliqué plusieurs fois le forceps sur la tête, qui se présentait par l'ovale supérieur au détroit abdominal et en première position; mais toujours l'instrument avait lâché prise. Enfin on avait fait la version du fœtus: le tronc était extrait; mais la tête, que l'on avait essayé d'entraîner avec les doigts portés dans la bouche, puis avec le forceps, n'avait pas même été ébranlée, et elle se trouvait encore au détroit abdominal. Toutes ces tentatives avaient duré plusieurs heures. Le périnée était déchiré; le cordon ombilical avait cessé

de battre depuis long-temps. M. *Baudelocque* procéda au broiement de la tête ; la cuiller droite de l'instrument fut portée sans aucune difficulté au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, sur le côté droit de la tête ; mais l'introduction de l'autre branche présenta des difficultés assez grandes, sans doute à cause de l'irritation de la matrice déterminée par les manœuvres qu'on avait faites. Cette cuiller gauche fut passée d'abord entre la paroi cotyloïdienne et le côté correspondant de la tête, mais elle ne put être jointe à l'autre. L'opérateur fut obligé de la retirer pour la plonger à plat et profondément au-devant du visage, et la faire revenir ensuite entre la paroi cotyloïdienne droite et le côté correspondant de la tête ; alors seulement il put unir les branches l'une à l'autre ; la tête fut comprimée, écrasée et extraite. Le bassin avait deux pouces trois quarts environ, d'avant en arrière ; l'enfant pesait de huit livres et demie à neuf livres. Dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement, la femme se plaignit de douleurs dans la région hypogastrique ; elle eut une fièvre violente ; cependant les lochies continuaient de couler. Plusieurs saignées furent pratiquées, parce que la matrice conservait un grand volume ; la malade fut mise à une diète sévère. Dès le lendemain de l'accouchement, des injections d'eau tiède avec addition de chlorure de chaux furent faites dans l'intérieur de la matrice. Des eschares se formèrent au périnée, et se détachèrent le sixième jour ; la plaie résultante de leur chute devint vermeille, ainsi que toute la membrane muqueuse du vagin, et la fièvre diminua peu à peu. Cependant les selles restèrent fréquentes ; l'émission de l'urine était toujours involontaire, quoique l'urètre fût intact ; quelquefois, pendant le jour ou pendant la nuit, il y avait un léger délire. Quelques jours après l'accouchement, cette femme avait été prise d'une céphalalgie très-intense, produite sans doute par les saignées abondantes qu'on lui avait faites, et qui fut combattue sans succès par un vésicatoire à la nuque. Enfin, le 4 juin, elle fut transférée à l'hôpital Beaujon. Alors elle n'avait plus qu'une très-grande faiblesse, un mal de tête violent, et

deux ou trois selles par jour. Dès le lendemain de son arrivée, six sangsues lui furent appliquées au-dessous de chaque oreille ; on lui donna du bouillon coupé : le mal de tête diminua. Le lendemain, on lui donna deux bouillons ; le surlendemain, deux potages et deux bouillons. On augmenta successivement la dose de sa nourriture, et la convalescence se consolida. Le 12 juillet, cette femme était parfaitement rétablie, et sortit de l'hôpital.

IV^e. OBSERVATION.

« Un de mes amis a employé avec succès le céphalotribe de M. *Baudelocque* neveu. Le cerveau a rompu ses enveloppes et s'est accumulé au-dessous de l'occiput et du cou. » (Extrait d'une lettre de M. *Champion* de Bar - le - Duc à madame *Boivin*, le 4 octobre 1831.)

Comparaison de la céphalotribie avec la céphalotomie.

La céphalotomie consiste dans la perforation de la voûte du crâne, qu'il faut faire suivre le plus souvent de celle de la base du crâne. Avant de recourir à la céphalotomie, on commence toujours par l'application du forceps, et si cet instrument est insuffisant, on fait la version du fœtus. Ces opérations sont plus ou moins longues, et exigent de la part de l'accoucheur plus ou moins d'efforts. La durée de la céphalotomie est au moins de trois quarts d'heure, souvent de plusieurs heures, quelquefois de plusieurs jours. Au contraire, la céphalotribie est d'une exécution à la fois très - facile et très-prompte.

Tous les instrumens aigus dont on se sert communément pour perforer le crâne, ne sont pas sans danger pour la femme. Ainsi un habile chirurgien, cité par M. *Champion* de Bar-le-Duc, se servant des ciseaux de *Smellie* dans un accouchement, en enfonça la pointe, à la

profondeur d'un pouce et demi, dans la base du sacrum. Les crochets ou les tenailles qu'on emploie pour briser la base du crâne, arrachent les parties molles de la femme, en brisent les parties dures ou le bassin, et déchirent les doigts de l'opérateur. Le céphalotribe n'a pas encore blessé une femme; l'application de cet instrument n'est pas plus nuisible que celle du forceps.

Sur les quinze femmes chez lesquelles on a pratiqué la céphalotomie, à l'hôpital de la Maternité, huit seulement ont survécu. La céphalotribie a été faite quatre fois, et les quatre femmes existent sans la moindre infirmité.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum.

II.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit.

III.

A sanguinis sputo, puris sputum, malum.

IV.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores.

V.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant.

VI.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum.